37e Année. — N° 36. Vendredi 5 Septembre 1890.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Premier Paris. — **Revue critique** : La chirurgie du cerveau, par le Dr L. Greffier. — **Bibliographie** : Sur les contagieuses et maudites Bubas, histoire et médecine, par F. Lopez de Villalobos. — Etude sur diverses méthodes de traitement de l'anus contre nature, par L. E. Gœtz, par le Dr Verchère. — **Académie de médecine** : Séance du 2 septembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance** : Séance du 11 juin 1890. — Présidence de M. Garnier. — **Congrès international de Berlin** (*Suite.*) — 5e *section : Pathologie médicale.* — Sur le traitement des calculs biliaires. — 7e *section : Chirurgie.* — Résection de l'estomac et de l'intestin. — Traitement de certaines formes du pied bot par le redressement forcé. — De la scoliose. — Complications et traitement de la blennorrhagie chronique.—Classification des tumeurs vésicales. — 8e *section : Obstétrique et gynécologie.* — Tamponnement intra-utérin contre les hémorrhagies postpartum.—9e *section : Neurologie et psychiatrie.* — Sur les excisions d'écorce cérébrale comme contribution au traitement chirurgical des psychoses. — Chirurgie du système nerveux central. — Astasie et abasie. — L'anatomie pathologique de la démence paralytique. — La strychnine comme antispasmodique. — Psychose de la nicotine. — Traitement de l'ataxie locomotrice. — Les folies intermittentes. — Etudes sur l'anatomie pathologique des lésions corticales du sens de la vue. — 10e *section : Ophtalmologie.* — Traitement de la capsule pendant et après l'extraction de la cataracte. — Pansement après l'opération de la cataracte. — Strabisme névropathique. — Sur le trachome. — Influence de la race sur l'étiologie du trachome. — Distribution géographique du trachome. — Sur l'ophtalmie sympathique. — **Intérêts professionnels** : Dispositions testamentaires en faveur du médecin. — **Nouvelles.** — **Nécrologie.** — **Bulletin bibliographique.**

PREMIER PARIS

Paris, le 4 septembre 1890.

Les écoles secondaires et l'enseignement de la médecine.

Les professeurs de l'école de médecine de Clermont-Ferrand viennent d'adresser aux sénateurs et aux députés des départements formant la circonscription académique et médicale de cette ville une circulaire dans laquelle ils les prient de soutenir auprès du gouvernement et des chambres les idées dont voici le résumé :

« 1° Création d'une *licence en médecine*, ne pouvant être prise qu'après quatre ans d'études au moins, c'est-à-dire après la seizième inscription trimestrielle. Cette licence donnera seule le titre professionnel de *médecin* avec toutes les prérogatives attachées jusqu'ici au grade de docteur.

« 2° Le grade de *docteur en médecine*, qu'on ne pourra prendre qu'après l'obtention de la licence, ne sera plus considéré désormais que comme un grade exclusivement universitaire et ne conférera à celui qui l'aura acquis, aucune prérogative professionnelle supérieure à celle que lui aura conféré la licence ;

« 3° Rétablissement des examens de fin d'année, seule sanction effective des études ;

« 4° Les écoles préparatoires de médecine seront compétentes pour faire passer les examens de fin d'année. — Elles le seront également, mais, en ce cas, sous la présidence d'un professeur de Facultés délégué à cet effet, pour conférer le grade professionnel de licencié en médecine ;

« 5° Les Facultés de médecine seules auront compétence pour conférer le grade de docteur en médecine ;

« 6° Nous ajoutons que les Facultés de médecine de Paris, Lyon, Bordeaux et Montpellier ont seules, en France, un rôle réellement utile. Toutes les autres sont nuisibles et il serait grandement à désirer qu'on puisse les faire disparaître. Il est nécessaire, en tous cas, que l'on ne songe plus à en créer de nouvelles et que l'on se refuse à instituer des universités régionales en dehors de Paris, Lyon, Bordeaux et Montpellier. »

De leur côté les professeurs de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon ont adressé aux députés et sénateurs des départements qui forment la circonscription académique et médicale de cette ville, une circulaire du même genre. Les idées y sont un peu différentes, mais on y retrouve surtout la même préoccupation de sauvegarder l'existence des écoles secondaires de médecine et d'utiliser les nombreux avantages qu'elles offrent pour l'éducation première des étudiants.

Voici d'ailleurs le résumé des revendications contenues dans la circulaire du corps médical enseignant de Dijon :

1° *Maintien de deux ordres de médecins* ; 2° *rétablissement des examens dits de fin d'année et des examens probatoires* ; 3° *autorisation pour les étudiants en pharmacie de 1re classe de faire toutes leurs études dans les écoles*, dans le cas où les pharmaciens de 2e classe seraient supprimés ; 4° *groupement des candidats à l'officiat et à la pharmacie de 2e classe dans les villes où siègent des écoles ou des Facultés*, pendant la durée des trois années de leur service militaire, et facilités laissées à ces jeunes gens de suivre les cours des écoles ou des Facultés à partir de leur 2e année de service militaire ; 5° *élargissement des dispositions du projet de loi*

sur les Universités, pour permettre aux groupes comprenant trois Facultés et une école de médecine et de pharmacie d'être érigés en Universités.

D'ailleurs, à l'heure actuelle, il en est très peu parmi nos écoles de province qui ne s'agitent soit pour conserver les positions acquises soit pour se faire transformer en faculté ; cette agitation nous semble même très salutaire, non pas qu'il nous paraisse utile d'augmenter le nombre des Facultés françaises, bien au contraire, mais si, au lieu de s'agiter à vide, les professeurs de province avaient la bonne idée de résumer collectivement leurs *desiderata*, comme l'ont déjà fait leurs collègues de Clermont et de Dijon, ces Cahiers constitueraient le meilleur ensemble de document où puissent s'éclairer nos législateurs lorsqu'il s'agira de discuter la prochaine loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine, et chacun de nous sait à quel point cet enseignement surtout a besoin d'être modifié.

A. Ch.

REVUE CRITIQUE

La chirurgie du cerveau.

L'avènement de l'antisepsie a modifié à tel point toutes les branches de la chirurgie que le médecin qui n'est pas spécialement chirurgien a peine à suivre cet essort et à saisir les modifications qui en découlent. Une des acquisitions les plus frappantes de la chirurgie rénovée est certainement le domaine du cerveau qui lui avait été jusque-là formellement interdit.

Les diverses communications faites à ce sujet dans ces derniers temps, dans plusieurs pays différents, nous ont engagé à y consacrer une courte étude.

1. Une des applications les plus fécondes de la chirurgie aux affections cérébrales se rencontre certainement dans l'*épilepsie partielle* ou *jacksonienne*, simple symptôme de lésions cérébrales les plus diverses pourvu qu'elles siègent dans la zone motrice. Dans notre thèse inaugurale écrite en 1881 (1), nous n'avons pas signalé ce mode de traitement, par la bonne raison qu'il n'avait pas, à notre connaissance, été tenté encore. Pour la première fois en 1883, *à la Société de chirurgie*, MM. Pitres et Demons communiquaient une observation de ce genre. Il s'agissait d'un mécanicien qui, après une chute au fonds d'un puits, avait présenté des phénomènes cérébraux graves et avait gardé pendant plusieurs mois une paralysie incomplète du membre supérieur gauche et du membre inférieur droit. Il était bien guéri lorsque deux ans plus tard survinrent brusquement des accès répétés d'épilepsie partielle et peu après une hémiplégie gauche. Sur le côté gauche de la bosse pariétale, on voyait une dépression à bords lisses et indolore, de la largeur d'une pièce de 5 fr.

M. Demons, se guidant uniquement sur la paralysie du membre supérieur gauche, négligea cette dépression et résolut de mettre à découvert les circonvolutions motrices du côté droit en se basant sur les règles données par Lucas-Championnière. Il tomba directement sur une fracture linéaire de 3 cent. de longueur, puis sur un foyer de méningo-encéphalite. Il enleva les parties altérées, comprenant les méninges et l'écorce cérébrale. Antisepsie rigoureuse. Il n'y eut qu'un accès épileptiforme léger, quelques heures après l'opération. Un mois plus tard la plaie était cicatrisée et la paralysie avait disparu. En juin 1887, M. Demons constatait que le malade n'avait plus eu aucun accès et était toujours dans un état très satisfaisant (1).

Depuis cette communication, on peut en relever un assez grand nombre, surtout en Angleterre.

Le 13 août 1886 à la *British Medical Association*, M. Horsley communiqua trois cas de trépanation *avec ablation partielle de la substance cérébrale* ou extraction de tumeurs du cerveau.

Bientôt après parut un cas des docteurs Bennett et Godle, deux de MM. Durante et Cusselli et deux de M. Cocherelli. On trouvera ces observations dans le travail de M. Rolland auquel nous venons de faire allusion.

Deux observations nouvelles viennent d'être présentées à la *Société de Médecine de Berlin*, par MM. Oppenheim et Sonnenburg.

Le premier cas a trait à une femme de 36 ans, atteinte d'une tumeur cérébrale. Vers le 1er septembre 1889, elle commença à percevoir, dans la région temporale gauche, des secousses musculaires qui s'étendirent à la face et à tout le bras du même côté. Elle fut prise ensuite de vertiges avec pertes de connaissance et présenta des attaques épileptiformes. A la suite de la première attaque, elle accusa des douleurs dans la région frontale droite et sa bouche se dévia vers la droite. Ces attaques d'épilepsie corticale devinrent très fréquentes, puis quotidiennes ; la céphalalgie devint persistante ; en même temps, la malade perdait la mémoire, avait un affaiblissement intellectuel marqué, devenait irritable ; le facial inférieur gauche était paralysé complètement. Le bras gauche finit par se paralyser complètement. Les muscles étaient en même temps contracturés ; la jambe gauche était plus faible que la droite.

Malgré l'absence de vomissements, de bradycardie, de myosis, M. Oppenheim fit le diagnostic de tumeur cérébrale. Pas de syphilis dans les antécédents. On essaya néanmoins le traitement mercuriel sans résultat.

L'opération décidée fut faite par M. Kœlher le 26 avril.

On détermina la situation du sillon de Rolando, et, au niveau de son tiers inférieur, on enleva une rondelle osseuse de la largeur d'une pièce de 5 marks.

(1) Le Greffier. *Etude sur l'épilepsie partielle.* Paris 1882.

(1) E. Rolland. *De l'épilepsie jacksonienne.* Paris 1888.

Incision de la dure-mère qui mit à nu les deux circonvolutions ascendantes. L'antérieure, de couleur violet foncé, était tuméfiée. En l'incisant, on ouvrit une cavité kystique d'où s'échappa une quantité assez considérable d'un liquide séreux. Ce kyste était contenu dans un tissu pathologique qu'on reconnut être un gliome. Il fut impossible de reconnaître les limites de la tumeur en avant : on enleva ce que l'on put.

Le lendemain, la malade était très améliorée : elle se trouvait bien ; la paralysie du facial inférieur avait presque disparu. La jambe avait repris sa force ; le bras paralysé n'était presque plus contracturé ; la sensibilité était presque complètement revenue. Au 14 mai, la motilité commença à réapparaître dans le bras et actuellement la malade se sert presque indifféremment de ses deux mains.

Le second cas est celui d'une petite fille de 12 ans qui à l'âge de 4 ans fut prise de convulsions dans la moitié droite du corps ; dans un de ces accès, elle perdit connaissance et quand elle revint à elle, elle avait le bras et la jambe droits paralysés et contracturés. Des accès se renouvelèrent assez fréquemment, plusieurs fois par jour, parfois sous l'influence d'une émotion, d'une peur. Cependant elle grandit et devint assez intelligente. Elle ne souffrait pas de la tête. Cependant la pression du doigt au niveau de la suture pariéto-temporale gauche provoquait de la douleur sur un point assez limité. La malade présentait de l'athétose à l'occasion des mouvements voulus. Face légèrement athétosique.

M. Oppenheim fit le diagnostic : sclérose cérébrale de la zone motrice du côté gauche consécutive à un foyer de méningo-encéphalite de l'enfance, avec formation possible de kystes.

L'opération fut faite par M. Sonnenburg de la façon suivante : détermination du sillon de Rolando et incision en forme d'U de façon à ce que le sillon se trouvât passer au milieu de la fenêtre pratiquée sur le crâne, puis incision de la dure-mère. On vit alors saillir une tumeur bleuâtre, lisse ; c'était un kyste à contenu muqueux dont on réséqua toute la partie de la paroi qui n'était pas adhérente. On constata alors que le kyste recouvrait et comprimait la frontale ascendante, une partie de la pariétale ascendante et qu'il s'étendait en arrière jusqu'à la scissure de Sylvius. La malade se remit très bien du traumatisme. Quant aux accidents cérébraux, ils se sont certainement amendés mais non guéris. Le jour même de l'opération, l'athétose avait diminué ; les contractures étaient moins marquées. Cinq jours après l'opération, accès d'épilepsie. Depuis lors, ces accès s'espacent de plus en plus et deviennent moins intenses. Il semble que la paralysie ait également diminué.

Nous pouvons encore citer comme exemple l'observation que nous avons publiée récemment dans ce journal (1) et qui est due au professeur Tansini (de Modène) C'est un cas d'épilepsie traumatique qui fut trépanée et qui guérit. La lame vitrée de la portion enlevée était hérissée par la présence de nombreux et volumineux ostéophytes.

II. — Nous ne pouvons manquer de signaler dans cette revue la hardie tentative faite récemment par M. Lannelongue, *la craniectomie dans la microcéphalie.*

Cette communication ayant été publiée dans ce journal (2) nous y renverrons les lecteurs, nous bornant à leur rappeler que M. Lannelongue a été conduit à faire cette opération par cette hypothèse que l'on pouvait peut être modifier une évolution cérébrale compromise ou retardée et chercher à lui donner un nouvel essort en écartant, dans une certaine mesure, la résistance du crâne principalement dans la région où le cerveau possède des centres qui exercent la plus grande influence sur la vie de relation. Les résultats ont été très remarquables dans les deux cas opérés.

L. GREFFIER.

(1) *France Médicale* du 11 juillet 1890.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur les diverses méthodes de traitement de l'anus contre nature, par L.-Eug. GOETZ. Librairie Stapelmohr, Genève, 1890.

Après avoir examiné les différentes méthodes et les résultats qu'elles ont pu donner, l'auteur conclut que, dans les mains de chirurgiens exercés, l'entérectomie secondaire est le procédé idéal de guérison de l'anus contre nature. Rapportant les pratiques de Billroth et de Julliard qui, ayant chacun opéré six anus contre nature par l'entérectomie secondaire, ont obtenu six succès, Gœtz ajoute qu'il est impossible de ne pas être partisan d'une telle opération. « Mais d'un autre côté, pour la grande masse des praticiens, la situation est bien différente et, avant de se lancer dans une intervention aussi dangereuse, ils recourront, et avec raison, à des procédés plus bénins. » C'est à ce dernier point de vue que l'auteur s'est placé en entreprenant son travail et c'est d'après lui qu'après avoir étudié et décrit les diverses et innombrables méthodes proposées, il indique les règles générales à suivre dans le traitement de l'anus contre nature simple.

Il divise les anus contre nature en deux grandes classes, suivant que l'orifice intestinal est situé ou non près de l'estomac.

S'il est situé loin de l'estomac, la fistule peut être *tubulaire* ou *labiée avec* ou *sans éperon*.

Fistules tubulaires sans éperon. — On peut espérer la guérison spontanée, d'ordinaire avant le troisième mois. Si au bout de ce temps la guérison ne s'effectue pas, on aura recours à un des procédés simples d'occlusion par anaplastie ou enfin l'entérorrhaphie latérale.

(2) *France Médicale* du 4 juillet 1890.

Fistules tubulaires avec éperon. — Ici la guérison spontanée est impossible. Si l'éperon est peu saillant, on pourra essayer du refoulement ; s'il est très saillant, il faudra avoir recours à l'entérotomie, opération presque inoffensive donnant 77,27 0/0 de succès, mais qu'il faut parfois renouveler deux ou trois fois ; l'entérotome choisi sera l'entérotome à branches parallèles. Le cours des matières rétabli, ou la guérison se fera spontanément ou on aura recours à l'anaplastie ayant pour but l'occlusion de l'orifice intestinal dont les procédés sont nombreux et très efficaces. Dans les cas rares seulement où toutes les méthodes anciennes échouent l'une après l'autre, on *pourra* avoir recours à l'entérectomie secondaire.

Fistules labiées sans éperon. — Après s'être assuré que par la compression le cours des matières se fait normalement, il faut de suite avoir recours à une opération anaplastique, en donnant la préférence aux procédés d'occlusion de l'orifice intestinal, puis en cas d'échec, il sera permis de tenter l'entérorrhaphie latérale qui devient alors la méthode de choix ; l'intestin n'étant en général lésé que sur une petite portion de sa circonférence, le décollement de l'anse et la suture latérale de la perte de substance intestinale donnent des résultats presque certains. Sur dix entérorrhaphies pratiquées jusqu'ici, il n'y a eu aucun décès.

Fistule labiée avec éperon. — L'entérotomie trouve ici encore son application, mais comme opération préliminaire pour rétablir le cours des matières et non pour espérer la guérison spontanée à la suite de son application. Si le cours des matières ne se rétablit pas malgré l'entérotomie, il faudra avoir recours à l'entérotomie secondaire. S'il se rétablit, il faudra attaquer l'orifice intestinal par l'opération de Malgaigne ou par une de ses modifications. Dans les cas malheureux, il est bon, si possible, de recourir à l'entérorrhaphie latérale.

Si l'*anus contre nature est situé près de l'estomac*, les indications opératoires sont plus impérieuses ; il ne s'agit pas seulement de remédier à une infirmité, il faut sauver le patient, l'arracher à une mort inévitable. Ici, encore, on retrouve la même division en *fistules tubulaires* ou *labiées avec* ou *sans éperon*.

Fistules tubulaires sans éperon. — C'est ici encore une forme d'anus contre nature pouvant guérir spontanément, mais il faut trois mois pour obtenir ce résultat, et ces trois mois sont longs pour le patient qui dépérit de jour en jour. Il faut donc intervenir rapidement. On pourra essayer des cautérisations superficielles, mais ne pas s'attarder et recourir à une opération anaplastique ou à l'entérorrhaphie latérale. Ce n'est que dans le cas d'échec de ces deux méthodes que l'on aura recours à l'entérectomie secondaire qui donne 59,74 0/0 de succès.

Fistules tubulaires avec éperon. — L'entérotomie devient ici plus longue, plus difficile, plus dangereuse ; on aura recours à l'entérotome de Bruns, plus rapide, et deux ou trois semaines après le début de la maladie. Si l'on a cru devoir le laisser de côté ou en cas d'échec, il ne reste d'autre procédé que l'entérectomie secondaire, rétablissant le cours des matières et oblitérant l'orifice cutané.

Fistules labiées sans éperon. — Quinze jours après le début de l'affection, dans ce cas faire une anaplastie en choisissant une méthode ayant pour but l'occlusion de l'orifice intestinal ; en cas d'échec, recourir à l'entérectomie secondaire.

Fistules labiées avec éperon. — Au début, mêmes indications que dans le cas de fistules tubulaires : entérotomie précoce avec l'instrument de Bruns ; en cas d'insuccès, entérectomie secondaire ; en cas de succès, même traitement que pour les fistules labiées sans éperon.

Une bibliographie, extrêmement importante et nous paraissant complète, termine cet ouvrage très travaillé et très consciencieux.

F. VERCHÈRE.

Sur les contagieuses et maudites Bubas : Histoire et médecine, par Francisco LOPEZ DE VILLALOBOS. (Traduction et commentaires par le Dr LANQUETIN.) — Paris, G. Masson, 1890.

La collection choisie des anciens syphiligraphes s'avance lentement. M. Fournier l'a inaugurée en 1870, en donnant une traduction et une édition nouvelle de Fracastor, traduction excellente en tous points, fidèle et élégante. Avant cette traduction, en 1847, le Dr Pr. Yvaren, dont le nom est connu de tous les syphiligraphes, avait donné une traduction en vers français de ce remarquable ouvrage ; et si les vers latins de Fracastor sont majestueux et faciles, les vers français du Dr Yvaren ne le cèdent en rien à leur modèle.

Successivement M. Fournier continua la collection en publiant *Le Nouveau Carême de pénitence* de Jacques de Béthencourt, puis le *Mal français* de Jean de Vigo ; et il s'arrêta là. La robe du professeur et une clientèle immense ont sans doute un peu hypnotisé les goûts littéraires du syphiligraphe.

En 1879, M. Le Pileur, médecin de Laint-Lazare, a payé sa contribution à la collection, et a traduit *De luis venereæ curatione perfectissima*, de Jean Fernel, (1579). M. Le Pileur ne se contente pas d'être un excellent praticien ; c'est un lettré, par hérédité, et non seulement sa traduction est exacte et parfaite, mais la préface et les remarques qui l'accompagnent dénotent un érudit. Comme M. Fournier, M. Le Pileur a joint le texte à la traduction.

Nous ne parlerons pas, et pour cause, de la *Mentulagre*, de Joseph Grünbeck (1496), qui n'avait jamais été traduite en français et dont nous avons publié la première traduction, avec préface et notes en 1884 (1).

Après un intervalle de six ans, M. le Dr Lanquetin

(1) J. Grünbeck, *La Mentulagre ou mal français* ; trad. et préface par le Dr A. CORLIEU. — Paris, 1884.

publie le sixième traité de la collection des anciens syphiligraphes, et, le premier aussi, il donne la traduction avec le texte espagnol en regard, d'un ouvrage peu connu, *Sur les contagieuses et maudites Bubas*, par Lopez de Villalobos (1498).

Lopez de Villalobos n'est guère plus connu que son livre. M. Lanquetin, grâce aux patientes recherches du Dr Montejo, peut nous faire savoir que Lopez est né vers la fin de 1473 ou dans les premiers mois de 1474, à Villalobos, dans la province de Zamora, du diocèse de Léon, — qu'il étudia la médecine à Salamenque, — qu'il a écrit un certain nombre d'ouvrages scientifiques et littéraires. Son plus remarquable est celui dont nous devons la traduction au Dr Lanquetin, d'après l'exemplaire de 1498, qui est à la Bibliothèque nationale de Madrid. Hâtons-nous de dire que l'ouvrage de Lopez de Villalobos est écrit en vers Castillans et que le mot *Bubas*, qui signifie *boutons*, fut employé à la fin du XVe siècle par les médecins espagnols pour désigner la maladie qui venait de faire son apparition dans l'ancien monde.

L'auteur en explique les causes d'après les opinions des théologiens, des astrologues et des médecins ; il les discute et propose d'appeler la maladie *gale d'Egypte*, sans faire connaître ses raisons. En tout cas, pour lui, c'est une maladie nouvelle, qui a pour cause première la pernicieuse influence des corps célestes, puis la bile, le phlegme, les humeurs. La matière morbide, qui est en grande quantité dans les veines, peut se localiser sur un point, sur la peau, sur les articulations, sur les « membres honteux », sur le foie, etc.

Quant au traitement, Lopez de Villalobos blâme les purgations éradicatives, les frictions mercurielles, les sudorifiques ; il conseille les saignées exploratrices, la fumeterre, l'épithyme, les lavements avec les plantes aromatiques, la thériaque, etc., et il indique le régime diététique.

Ce n'est pas évidemment dans le livre de Lopez de Villalobos qu'on trouvera des indications thérapeutiques de quelque importance ; mais, au point de vue de l'histoire de la syphiligraphie, c'est un livre qui manquait, et tous ceux pour qui l'érudition a quelques attraits sauront gré à M. Lanquetin d'avoir ajouté un livre de plus à la collection commencée il y a vingt ans. Sa traduction est claire et ses notes sont pleines d'intérêt.

A. Corlieu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 septembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend : 1° une note *sur la pratique de la variolisation dans la tribu des Beni-Menassers*, par M. le Dr Perronnet (de Cherchell) ; 2° une lettre de M. le Dr Coiffier (du Puy) qui se porte candidat au titre de correspondant national ; 3° une note intitulée : *Explication biologique de la susceptibilité des vaccination à donner lieu à la syphilis, à la tuberculose, à la fièvre typhoïde et à la diphthérie*, par M. le Dr Pigeon (de Fourchambault).

M. le Président annonce la mort de M. le professeur Gavarret, membre titulaire de la section de physique et de chimie médicales ancien président de l'Académie (1882) et lève la séance en signe de deuil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 11 juin 1890. — Présidence de M. Garnier.

La correspondance manuscrite comprend une lettre du D Barbulée, médecin du bureau de bienfaisance du Xe arrondissement, demandant son admission dans la Société. Commission : MM. Kinzelbach, Billon et Brohon, rapporteur.

Sur le rapport de M. Destrem la candidature de M. Pradel est acceptée à l'unanimité.

Sur le rapport de M. Billon, le Dr Daprey est nommé à l'unanimité.

M. Gibert présente un travail sur le fonctionnement du bureau de bienfaisance de Bordeaux.

Avant d'aborder ce sujet notre confrère montre le résultat des statistiques qu'il a demandées au bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement. Il espère arriver à faire insérer dans le bulletin de statistique l'ensemble des bureaux de bienfaisance de Paris. Dans le bulletin hebdomadaire de la statistique municipale il trouve le relevé des hôpitaux pour les affections épidémiques et contagieuses. M. Gibert pense que ce relevé peut être fait pour les bureaux de bienfaisance et aurait de l'intérêt à être présenté mensuellement, surtout si les vingt arrondissements de Paris l'envoyaient pour le joindre aux comptes rendus des séances. M. Gibert a obtenu, grâce à l'obligeance du secrétaire-trésorier du bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement, un tableau qui sera mis régulièrement à notre disposition : il ne reste plus qu'à demander la même chose dans chaque arrondissement.

M. Kinzelbach estime que cela n'est pas possible. Dans le XXe arrondissement où il a un service à domicile, les feuilles des enfants ne sont pas relevées.

M. Gibert propose de faire des démarches près de nos confrères dans les vingt arrondissements.

M. Berrut appuie cette proposition.

M. Yons craint que dans certains arrondissements les médecins des bureaux de bienfaisance ne se désintéressent de cette mesure, aussi il vaudrait peut être mieux la demander à l'administration centrale qui pourrait charger de ce soin chaque secrétaire-trésorier.

M. Rollin pense qu'il est difficile d'avoir quelque chose d'exact parce que le diagnostic de la maladie devant être marqué à la première visite sur la feuille à remettre au visiteur, on indique quelquefois d'une façon approximative l'affection dont l'indigent est atteint.

M. Gibert fait observer qu'à la fin de la maladie on peut inscrire le diagnostic rectifié sur les feuilles à renvoyer à la mairie.

La proposition de M. Gibert, de s'adresser aux médecins des vingt arrondissements, mise aux voix, est adoptée.

M. Gibert communique ensuite les renseignements qui lui ont été fournis sur le bureau de bienfaisance de Bordeaux par M. Pujos, médecin principal.

Le service médical et pharmaceutique est sous la direction d'un médecin principal nommé par le préfet et ayant un traitement spécial.

Le service est divisé en sections remaniées à des époques fixes afin de donner autant que possible aux médecins un nombre égal de malades à visiter.

La limite d'âge est fixée à 65 ans.

Le traitement des médecins est fixé à 800 fr. par an plus une indemnité de voitures dont le maximum est de 150 francs par an. Des médecins adjoints sont nommés aux mêmes conditions que les titulaires dont ils touchent le traitement lors d'une période intérimaire.

Il y a de plus des médecins spécialistes.

M. Gibert faisant à propos de chaque article des observations sur l'application de ce mode de fonctionnement au service de Paris, la société lui demande de bien vouloir fournir à ce sujet un petit travail dans la prochaine séance.

Le Secrétaire.
V. Guyot.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN

—

5e SECTION : PATHOLOGIE MÉDICALE

Sur le traitement des calculs biliaires. — M. G. Harley (de Londres) emploie, pour favoriser l'expulsion de toutes sortes de calculs biliaires de petites dimensions la méthode suivante. On place la malade sur le dos et on exerce graduellement, à travers les parois abdominales intactes, une pression assez forte sur le fond de la vésicule biliaire distendue.

Il présent des spéciméns de calculs, dont un de plus d'un centimètre de diamètre, qui ont été exprimés du conduit cholédoque dans le duodénum et qu'on retrouva dans les selles dix, vingt et quarante heures après une seule expression. La vésicule distendue diminua immédiatement beaucoup, et on retrouva aussitôt la bile en abondance dans les selles, tandis qu'elle y avait fait défaut durant une quinzaine de jours auparavant. L'ictère disparut également en peu de jours.

M. Harley indique les signes qui permettent le diagnostic différentiel du siège exact des calculs. Sa méthode ne fait qu'aider la nature dans ses efforts pour se débarrasser de ces concrétions. Il faut cependant prendre garde à une chose, c'est de n'exercer en aucun cas cette expression, si on suppose que les calculs sont en train de se chercher un chemin hors de la vésicule ou des conduits biliaires, en en ulcérant les parois.

7e SECTION : CHIRURGIE.

Résection de l'estomac et de l'intestin. — M. Billroth (de Vienne). Depuis 1879 jusqu'à 1890, il a été pratiqué à ma clinique, tant par moi que par mes assistants, en tout 119 résections de l'estomac et de l'intestin pour rétrécissements et tumeurs malignes. A l'exception des résections de l'intestin grêle, qui toutes ont été couronnées de succès, la mortalité générale a été d'environ 50 0/0. Ces opérations se répartissent ainsi qu'il suit :

41 pylorectomies : 19 guérisons, 22 décès ; longueur des parties d'intestin réséquées : de 4 à 21 centimètres. Parmi les survivants à l'opération, un certain nombre ont succombé aux récidives après une période variant de un an et demi à onze ans (un cas). Trois femmes vivent encore ; une d'elles, opérée il y a un an et demi, se porte bien jusqu'à présent ; mais je constate déjà chez elle un commencement de récidive. Un jeune homme qui a subi, il y a cinq ans, une résection du pylore, jouit encore de toute sa santé.

28 gastrostomies : 14 guérisons, 14 décès.

11 opérations sur l'intestin grêle ont été toutes suivies de guérison 24 résections du cæcum : 13 guérisons, 11 décès ; de ces 24 opérations, 11 furent pratiquées pour cancer : 5 avec succès et 6 avec issue fatale, 8 résections du côlon : 4 guérisons, 4 morts ; de ces huit opérations, deux furent pratiquées pour fistule stercorale : une avec succès l'autre avec issue mortelle. 7 résections du rectum, dont 6 par la méthode de Lraske et 1 par la méthode de Zuckerkandl ; mortalité nulle.

Comme cause de mort, j'ai noté dans mes cas la péritonite septique par épanchement du contenu intestinal dans le péritoine, la péritonite par perforation, la suture n'ayant pas tenu. La mort par collapsus est survenue chez 6 des 22 malades qui ont succombé à la pylorectomie et chez 9 des 14 malades morts à la suite de gastro-entérostomie. La plus grande fréquence du collapsus dans la gastro-entérostomie s'explique par ce fait que l'opération est pratiquée le plus souvent chez des sujets déjà très affaiblis.

La technique de la pylorectomie et de la gastro-entérostomie est la même pour les cas de cancer, comme pour les simples ulcérations. Je fais la suture isolée de la muqueuse à points séparés. Lorsque les deux segments de l'intestin sont de calibre différent, je rétrécis, au moyens d'une suture, le bout le plus large et le ramène ainsi aux dimensions de l'autre bout.

La résection de l'extrémité inférieure de l'S iliaque, est très difficile. Je ne l'ai faite que deux fois et je ne ferai la plus désormais. Ces deux malades (des confrères) ne voulurent pas qu'on leur pratiquât l'anus artificiel qui, pourtant, est absolument indispensable ; l'un est mort de collapsus immédiatement après l'opération, l'autre est mort au bout de cinq jours.

Dans la résection du rectum, j'emploie actuellement un procédé de suture auquel je dois un succès complet dans les deux derniers cas où je l'ai appliqué. Il consiste à placer trois points analogues à ceux employés dans la suture des nerfs et des tendons et, dans leurs intervalles, des points séparés très rapprochés, mais pas assez pour déterminer la gangrène.

Traitement de certaines formes de pied bot par le redressement forcé. — M. P. Redard (de Paris) donne le résultat de sa pratique pour le traitement de certaines formes de pied bot par le redressement forcé.

Le massage forcé, les manipulations qui donnent, surtout chez les enfants, de très brillants résultats, sont dans des cas de pied bot rigide, chez des enfants âgés, difficiles et inefficaces.

Il peut, dans certains cas, se servir de machines permettant de développer une force suffisante et mesurée, et s'appliquant avec précision et sans pressions fâcheuses sur les parties à redresser.

M. Redard donne la description de l'appareil qu'il em-

ploie, particulièrement disposé pour le piedbot varus équin.

Deux pelotes concaves immobilisent le pied du côté interne, une pelote interne réunie à un puissant bras de levier permet une pression énergique au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne. Tout l'appareil est fixé sur une planche; à une des extrémités de la planche, se trouve une tige qui permet de fixer une bande de caoutchouc qui s'enroule en agissant énergiquement sur l'extrémité du bras de levier.

Une fois le redressement obtenu, le pied est immobilisé dans une bonne position, dans un appareil plâtré.

Après avoir insisté sur les règles pratiques pour l'application de son appareil, M. Redard donne les résultats du traitement de 22 cas traités par sa méthode. Il n'a jamais eu d'accidents inflammatoires et douloureux, après les séances de redressement.

Les meilleurs résultats, les cures les plus rapides ont été obtenus chez des enfants.

Lorsque le piedbot est très important, chez des enfants de 12 à 16 ans, le redressement forcé expose à des récidives, il faut plusieurs mois, avec de nombreuses séances de redressement, une surveillance constante des appareils redresseurs, chargés de maintenir les résultats obtenus. Dans ces cas, les opérations sanglantes ont une supériorité incontestable sur la méthode de redressement forcé avec les machines.

De la scoliose. — M. Kirmisson (de Paris). Ce sujet renferme de grandes difficultés théoriques et pratiques. La pathogénie et le traitement de l'affection montrent que de grandes divisions sont nécessaires. Il y a en effet des déviations *secondaires*, c'est-à-dire consécutives à des cicatrices, à des affections des membres inférieurs à la sciatique, à la maladie de Friedrich, de la scoliose *primitive* qui constitue seule une maladie et comporte elle-même plusieurs divisions (congénitale, rachitique), scoliose de l'enfance et de l'adolescence, ou scoliose proprement dite. C'est celle-ci qui m'occupera seule. Les théories pathogéniques admises peuvent se résumer en musculaires, — ligamenteuses et osseuses. — La théorie musculaire est impossible à démontrer et Duchenne a eu raison de faire remarquer que la contractilité faradique persiste. La contracture n'est pas plus admissible. — Quant à la faiblesse ligamenteuse, malgré toute son autorité, Malgaigne n'a pas pu en faire une base pathogénique sérieuse. La seule théorie qui soit réellement admissible est celle qui prend son origine dans les os eux-mêmes, et s'il est vrai que l'on doive tenir compte de différentes causes accessoires telles que les causes mécaniques (travaux professionnels — postures scolaires, etc.), la chlorose, l'anémie, les troubles de menstruation, etc., il faut reconnaître que la source de l'affection réside bien dans une altération trophique des os du rachis, altération analogue à celle qui produit le genu valgum de la 2e enfance et de l'adolescence, ainsi que l'a démontré Mac Even. C'est un trouble de l'ossification. Les pièces anatomiques, manquent, il est vrai, en raison de la difficulté de faire des autopsies en temps opportun, mais il ne peut y avoir aucun doute à cet égard. L'hérédité suffirait seule du reste à démontrer que c'est la seule cause admissible. Envisager la scoliose comme ayant une origine mécanique est une erreur, son origine est histologique. Les preuves de cette vérité sont encore fournies par le traitement. S'il s'agissait de simples déviations mécaniques les appareils de redressement les corrigeraient. Il n'en est rien le plus souvent.

Quant au siège de l'altération c'est bien (contrairement à l'opinion du prof. Lorenz de Vienne qui le place dans les vertèbres lombaires) le segment dorsal qui est le plus souvent atteint, c'est du moins le résultat d'une observation attentive que j'ai dirigée de ce côté.

Les indications du traitement ressortent très nettement de ce qui précède. Si c'est une distrophie, il faut traiter l'état général avant tout. Les toniques, l'exercice, l'hydrothérapie, et particulièrement le phosphate de chaux trouvent ici leur emploi.

L'extension continue dans la position horizontale doit être abandonnée. Elle tend plutôt à affaiblir les malades. Je conseille surtout la gymnastique médicale et les différents appareils qui placent mécaniquement la colonne vertébrale dans sa position physiologique tout en permettant d'y joindre des mouvements synchrones des membres supérieurs et des côtes, c'est-à-dire des mouvements d'inspiration et d'expiration. Les côtes et les membres supérieurs sont en effet les deux principaux leviers, à l'aide desquels il soit possible d'agir sur la colonne vertébrale.

L'hydrothérapie, le massage doivent être employés comme adjuvants. Quant aux appareils orthopédiques ils ne doivent être considérés que comme appareils de soutien, de maintien et doivent être construits aussi légèrement que possible.

Complications et traitement de la blennorrhagie chronique, — M. L. Jullien (de Paris). Il y a peu d'écoulements aigus qui guérissent sans laisser un reliquat chronique, histologiquement blennorrhagique, sous forme de suintement avec filaments contenant des gonocoques. Les malades restent alors exposés à des complications aiguës (cystite, épididymite), et d'autre part ils sont souvent impuissants ou tout au moins subissent un affaiblissement des forces viriles, impuissance due certainement à la chaudepisse, car elle cesse quand par le traitement on a fait disparaître les filaments de l'urine.

Comme autres complications, M. Jullien signale la sclérose totale du canal, avec rétrécissement où la dilatation est impuissante; les hémorroïdes de la région cervicale de l'urèthre, observées surtout chez les sujets goutteux.

Les *instillations* sont la vraie thérapeutique. Elles doivent être très *multipliées* (20, 30, faites tous les deux jours); *variées*, chaque substance (nitrate d'argent, créoline, résorcine, etc.) épuisant vite son action; *progressives*, c'est-à-dire en augmentant la dose d'agent actif (nitrate d'argent de 1/150 à 1/20; sublimé de 1/1000 à 1/100; créoline de 1/100 à 1/10, etc.

M. Jullien recommande enfin les lavages uréthraux avec les eaux minérales naturelles.

Classification des tumeurs vésicales. — M. Henry Thomson (de Londres). Cette classification est basée sur le relevé de 41 cas opérés par l'auteur, l'examen ayant été fait chaque fois par un histologiste compétent. De plus, des pièces de musée ont été examinées. Les variétés observées sont les suivantes :

1° Les *polypes muqueux*, ressemblant à ceux des fosses nasales, mais d'une texture plus compacte; ils ne s'observent que chez les jeunes enfants;

2° Les *papillomes*, ce sont les plus communes des tumeurs vésicales; ils donnent lieu à des hémorrhagies abondantes et répétées; on en distingue deux variétés : les

papillomes *villeux* et les papillomes *fibreux*. Leur caractère essentiel est leur ressemblance avec les papilles normales qu'on rencontre dans certaines parties du tube digestif;

3° Les *myômes* ne sont pas rares; ils n'ont pas de signes caractéristiques, et présentent souvent des excroissances papillomateuses à leur surface; leur évolution est lente;

4° Les *fibromes*, constitués par du tissu fibreux au milieu duquel on trouve plus ou moins de cellules embryonnaires, dont l'abondance indique parfois une tendance à la récidive. Cette variété et les précédentes envahissent toutes les couches de la vessie, et aucun procédé opératoire ne peut les énucléer complètement;

5° Les *épithéliomes*, qui présentent ici les mêmes caractères que dans les autres régions du corps;

6° Le *squirrhe ou cancer* proprement dit, qui ne s'observe guère que dans la seconde moitié de la vie;

7° Le *sarcome* à cellules rondes ou fusiformes, qui se rencontre parfois chez l'enfant, mais n'est pas rare non plus chez l'adulte. La série de l'auteur en renferme trois cas dont un, jusqu'à présent unique, où l'examen histologique, fait par M. Ballance Shattock, a révélé du tissu cartilagineux.

Après quelques renseignements peu importants sur le diagnostic des tumeurs malignes, M. Thompson insiste sur les résultats opératoires de ces 41 cas, dont 34 ont été observés chez l'homme et 7 chez la femme, et qui sont les suivants :

1° Dans 8 cas, 7 papillomes et 1 myôme, les symptômes morbides n'ont pas reparu, 3 ans après la plus récente opération, 10 ans après la plus ancienne.

2° Dans 15 cas, la mort est arrivée à différentes périodes, variant entre 3 jours et 4 mois après l'opération. Dans 10 cas il s'agissait de tumeurs malignes, épithéliomes et sarcomes; 2 étaient des papillomes, les trois autres des myômes.

3° Dix-neuf malades ont survécu à l'opération pendant un temps variant de 1 à 4 années.

L'auteur conclut que, dans tous les cas où l'on peut affirmer la présence d'une tumeur maligne — carcinome, sarcome, épithéliome, — l'opération est inutile; elle ne peut qu'aggraver les souffrances du sujet et peut-être hâter sa fin.

Par contre, il est du devoir absolu du médecin de recommander l'ablation de la tumeur, non seulement quand sa nature non maligne semble évidente, mais encore quand on a des doutes à cet égard; l'opération éclairera le chirurgien et lui permettra de limiter ou d'étendre à son gré le champ de son intervention.

Pour les cas douteux, M. Thompson persiste à admettre la valeur diagnostique du toucher digital fait par la boutonnière périnéale exploratrice (*Congrès de Berlin*).

8e SECTION : OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Tamponnement intra-utérin contre les hémorrhagies post-partum. — M. Auvard (de Paris). Le tamponnement utéro-vaginal préconisé par Dührssen (de Berlin) en 1887, m'a donné d'excellents réslutats. Au dernier Congrès de gynécologie, tenu l'année passée à Fribourg-en-Brisgau, notre confrère allemand a pu réunir 65 cas dans lesquels cette méthode avait été appliquée après l'accouchement. Depuis lors, j'ai eu l'occasion de l'appliquer deux autres fois avec succès.

Sur ces 67 cas il y a eu 6 morts, dont 1 par éclampsie, 1 par tuberculose, 1 par septicémie et 3 par anémie et syncope. Les deux premiers ne pouvant être comptés au passif du tamponnement, il reste 4 cas discutables, mais qu'on peut cependant admettre, ce qui donne à peine une mortalité de 6 0/0.

A mon avis, le tamponnement intra-utérin est une méthode hémostatique puissante et qui mérite d'être adoptée dans la pratique obstétricale. Ce moyen, qui consiste à combler, après la délivrance et lorsque la matrice a été complètement vidée de son contenu, toute la cavité de l'utérus, puis celle du vagin avec de la gaze iodoformée disposée sous forme de bande, n'offre pas de dangers réels.

9e SECTION : NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

Sur les excisions d'écorce cérébrale comme contribution au traitement chirurgical des psychoses. — M. Burckhardt (de Plefargier), chez une ancienne mélancolique atteinte de démence excitable, n'a pas hésité à faire quatre trépanations et à exciser des portions de l'écorce cérébrale. Chaque opération aurait été suivie d'une amélioration et, en somme, la démence aurait rétrocédé. Dans deux autres cas, l'un de démence aiguë stupeur mélancolique), l'autre de démence irritable, la trépanation suivie de la résection de lambeaux de la couche corticale aurait produit de bons résultats. L'indication principale de ce mode de traitement est l'existence d'hallucinations de l'ouïe. L'auteur a excisé, chez une persécutée de 40 ans, une portion des circonvolutions temporales gauches. L'opération fut suivie d'une aphasie passagère. Chez un autre halluciné, les troubles sensoriels disparaissent en partie à la suite d'une opération portant sur la première temporale. Cependant, une deuxième opération fut nécessaire : aphasie passagère consécutive. Chez un autre malade, persécuté halluciné, l'opération fit cesser les hallucinations, mais peu après apparurent des convulsions généralisées qui se terminèrent par la mort. L'autopsie montra l'existence d'une hémorrhagie méningée. L'auteur pense pouvoir justifier ses tentatives hardies par la gravité du pronostic de l'affection mentale chez ses malades.

Chirurgie du système nerveux central. — M. Oppenheim. Dans un cas de fracture portant sur la moitié gauche de l'occipital, se montrait une hémianopsie bilatérale droite portant seulement sur ses couleurs. La trépanation fut faite par Bardeleben, sans ouverture de la dure-mère. L'hémianopsie persista pendant que les autres symptômes s'amendaient. Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une épilepsie jacksonnienne avec monoplégie brachio-faciale, céphalée, vomissements. L'extirpation d'un gliome de la région rolandique produisit une très notable amélioration (disparition de la paralysie, etc). Une troisième observation est celle d'un enfant qui, depuis l'âge de cinq ans, a été hémiplégique droite avec athétose. En présence de l'augmentation des accès épileptiques, on fit la trépanation. On se trouva en présence d'une lésion corticale. Consécutivement à l'opération, diminution des accès épileptiques et de l'athétose. M. Oppenheim fait d'ailleurs remarquer, à propos de ce dernier cas, que dans la plupart des paralysies cérébrales infantiles, les lésions sont anciennes pour permettre d'espérer toujours un résultat aussi satisfaisant. En somme, dans tous les faits analogues, il faut compter, non point sur une guérison, mais sur une amélioration. Dans la discussion qui suit, diverses observations sont rapportées pou

ou contre la trépanation. Dans une observation, l'excision d'une tumeur comprimant la moelle donna de bons résultats. Chez un enfant atteint d'épilepsie jacksonnienne et soumis sans succès au traitement spécifique, la trépanation est pratiquée : le cerveau est reconnu sain, mais on excise une *masse noire*, vraisemblablement de nature hémorrhagique. L'opération est suivie d'hémiplégie et d'aphasie qui disparaissent peu après. La malade semble guérie durant plusieurs mois, à part une légère perte de la sensibilité tactile. Puis de nouveaux accès épileptiformes surviennent : mort. A l'autopsie, symphyse du cerveau et des méninges, kyste hémorrhagique au foyer opératoire, périartérite généralisée ; dilatation considérable du ventricule du côté atteint. L'auteur regarde la mort comme provoquée par l'opération et termine en conseillant l'intervention, s'il s'agit d'une tumeur. S'il y a lésion cérébrale, le pronostic est mauvais.

Astasie-Abasie. — M. Thyssen (de Paris). Le début de l'astasie-abasie peut être lent et progressif. Elle s'observe à tous les âges, aussi bien chez des enfants que chez des sujets âgés. L'hérédité nerveuse est fréquente. On peut proposer la division : Astasie-abasie : 1° par accès (Ladame), 2° continue *a*) paraplégique, *b*) ataxique, trépidante, choréiforme, saltatoire (Brissaud). L'auteur critique l'opinion de Biswanger qui a cru devoir distraire de l'astasie-abasie les cas compliqués de stigmates hystériques. En outre, l'auteur défend l'opinion de MM. Charcot et Blocq contre celle de Biswanger sur la nature de la maladie. Les Français pensent que l'abasie est un trouble de la fonction de la marche. Biswanger y voit une obsession anxieuse, comparable à l'agoraphobie. Cette hypothèse est peu vraisemblable, puisque l'abasie se crée inconsciemment, sans angoisse ni spéculations psychiques.

L'anatomie pathologique de la démence paralytique. — M. Mendel fait l'histoire des progrès de cette dernière étude. Il examine successivement les lésions des vaisseaux, des capillaires, de la névroglie ; il montre que la sclérose de ce tissu n'est point spécifique, pas plus que l'augmentation des noyaux et des cellules araignées ; ces lésions peuvent en effet se rencontrer dans toute encéphalite et dans la syphilis. Par quels éléments débute la maladie ? Certains ont incriminé les tubes nerveux, les cellules ; d'autres, les vaisseaux et l'inflammation de la névroglie. Des autopsies, faites au début de la paralysie générale, ont montré (Friedmann et Mendel) qu'au début de l'affection il pouvait y avoir uniquement des lésions vasculaires sans atteinte du tissu nerveux proprement dit. M. Mendel voit une confirmation de sa théorie dans le fait de l'apparition d'attaques apoplectiformes ou épileptiformes, avant qu'aucun symptôme intellectuel se soit révélé ; or ces faits sont sous la dépendance des lésions vasculaires. Il conclut en disant que les vaisseaux sont lésés les premiers, que les produits *extravasé* agissent comme des corps étrangers sur la névroglie qui s'enflamme. La paralysie générale est donc vraisemblablement une inflammation chronique de la névroglie avec une atrophie consécutive des éléments nerveux. M. Mendel présente ensuite un *chien* chez lequel il a pu produire un état pathologique simulant la paralysie générale, en le soumettant à une rotation énergique produisant, grâce à la force centrifuge, une hyperhémie intense du cerveau. L'animal est immobile, apathique : parésie musculaire généralisée ; il garde passivement les positions qu'on lui fait prendre ; la vue est affaiblie. L'auteur fait remarquer que ces expériences doivent être faites sur des chiens adultes.

La strychnine comme antispasmodique. — M. Benedikt (de Vienne). L'idée d'employer la strychnine comme médicament anticonvulsif m'est venue à propos d'un cas de chorée dans lequel tous les autres moyens de traitement avaient échoué. Il s'agissait d'une fillette de 12 ans atteinte de chorée mimique de la face (la bouche exécutait des mouvements convulsifs de préhension, comme dans l'acte de happer) et de chorée vulgaire des membres.

Me rappelant les expériences thérapeutiques de Trousseau avec les préparations de strychnine dans la chorée, expériences que j'avais répétées et confirmées dans le temps, je fis prendre à ma malade trois à cinq pilules contenant chacune environ 0 gr. 033 milligrammes de sous-nitrate de strychnine. La guérison fut rapide.

Depuis lors, j'ai employé la strychnine avec succès dans plusieurs cas de chorée et de troubles professionnels de la coordination à forme spasmodique. Dans la paralysie agitante, le traitement combiné par la suspension et par la strychnine m'a donné des résultats supérieurs à ceux obtenus par la suspension seule.

Je n'ai pas encore fait d'essai thérapeutique avec la strychnine dans les contractures et dans l'épilepsie.

Le fait que la strychnine, substance convulsivante, guérit les convulsions, peut paraître étrange au premier abord ; mais en réfléchissant bien, on voit qu'au fond il n'a rien de paradoxal. En effet, on a tort de croire que le spasme est toujours le résultat d'une irritation positive des centres nerveux et de leurs fibres, qu'il est l'antithèse complète de la paralysie. En réalité, le spasme, comme la paralysie, sont souvent dus tous les deux à un trouble de nutrition des cellules et des fibres nerveuses, à leur aplasie et leur atrophie. Il n'y a donc rien d'étonnant que, dans ces conditions, la strychnine puisse guérir les convulsions, tout en étant elle-même une substance qui provoque les convulsions à l'état physiologique.

Au point de vue de l'effet antispasmodique, il y a analogie entre la strychnine et l'aimant, dont l'action est habituellement calmante, mais qui, dans certains cas, produit des accès convulsifs, et ces abcès provoqués amènent la guérison des accès convulsifs spontanés.

Psychose de la nicotine. — M. Kjellberg (d'Upsal). L'influence de l'hérédité au point de vue des maladies mentales tend à s'accroître chaque jour ; je n'en donnerai pour preuve que la fréquence croissante de la paranoia primitive. Nous connaissons l'influence dégénérative qu'exerce l'alcool, mais nous ignorons encore en grande partie les actions du tabac. Nous sommes certains, cependant, que des psychoses analogues à la paranoia primitive peuvent résulter de l'usage exagéré et prolongé du tabac.

La nicotine est un poison des plus violents, dont les symptômes sur les animaux sont bien connus.

Chez l'homme, à la dose de 1 à 3 milligrammes, la nicotine a une action d'abord excitante sur le cerveau et la moelle ; à la suractivité des forces physiques et intellectuelles succède une phase de faiblesse et torpeur.

Le monde produit par année 400 millions de kilogrammes de tabac, fumés par peut-être 800 millions de personnes, ce qui fait 4 milligr. 2 de nicotine par jour et par personne. Le tabac est d'autant plus dangereux que la nicotine est absorbée directement ; le tabac à chiquer est celui dont l'usage est de beaucoup le plus dangereux.

Les malades, souffrant d'intoxication chronique, tombent graduellement dans un état de torpeur, ils ne veulent plus travailler.

Le caractère général de cette psychose est marqué par une sensation pénible de faiblesse et d'impuissance, qui se complique d'hallucinations et d'impulsion au suicide.

Traitement de l'ataxie locomotrice. — M. Brower (de Chicago) admet trois formes d'ataxie suivant la prédominance des symptômes : une forme *cérébrale*, caractérisée surtout par les phénomènes céphaliques, inégalité pupillaire, troubles des réflexes des pupilles, myosis, diplopie transitoire, atrophie optique, surdité, signes laryngés, vertiges, crises apoplectiformes, etc.; une forme *spinale*, une forme *périphérique*, produite surtout par un traumatisme, une plaie.

Le traitement doit répondre à ses différentes formes. Dans toutes, le repos prolongé au lit pendant six à huit mois est un adjuvant utile ; le massage, les changements de climat sont aussi indiqués.

La suspension lui a paru surtout utile dans les formes cérébrale; en agissant sur les vaisseaux du cou, cette méthode modifie la nutrition du cerveau.

L'extension des nerfs convient plutôt aux formes périphériques. Il se sert pour l'extension de la moelle d'un appareil spécial qui détermine à la fois l'extension de la moelle et des nerfs.

Dans les formes spinales, il conseille la faradisation générale de la peau avec le pinceau.

Enfin, il faut traiter en même temps les diathèses syphilitique, rhumatismale ou goutteuse, associées d'ordinaire au tabes.

Les folies intermittentes. — M. Magnan (de Paris). Mon travail a pour but de réunir, dans une même espèce pathologique, la folie intermittente, les cas de folie périodique, de folie à double forme, de folie circulaire, de folies alternes, que rapprochent cliniquement des caractères communs constants; ces caractères sont basés sur l'étiologie et l'évolution de l'accès, sur son invasion, sa marche, son délire, sur la forme et le contenu du délire, sur la nature des intermittences qui séparent les accès, sur la marche générale des accès, que ceux-ci soient simples, isolés ou combinés, sur leurs rapports réciproques et sur les modifications qui se produisent avec le progrès de la maladie.

Ainsi envisagée, la folie intermittente, tout en étant très compréhensive, repousse néanmoins de son cadre des faits qui appartiennent à d'autres espèces pathologiques, notamment à la folie héréditaire. Tous ces caractères généraux sont déduits d'une série d'observations, portant sur un très grand nombre d'années, évoluant dans un temps très prolongé et dont il est facile de suivre la succession par l'examen de diagrammes indiquant la durée, la forme, le caractère et les modifications qui se produisent dans les accès, qu'ils soient simples, cycliques ou combinés.

La folie intermittente est donc une espèce pathologique se traduisant par la répétition, chez un sujet à prédisposition latente, jusque-là sain d'esprit, d'accès maniaques ou mélancoliques isolés ou combinés de diverses manières, mais présentant toujours une évolution, une marche et des caractères généraux communs qui les réunissent et les distinguent de toutes les autres folies.

En conservant la dénomination de *folie intermittente*, j'ai tenu à bien établir les caractères particuliers de la période intercalaire pendant laquelle l'intelligence reste intacte, du moins au début, et pendant une longue phase de la maladie. Après avoir passé en revue l'invasion, la marche, le déclin de l'accès de folie intermittente et indiqué les signes qui, dès les premiers accès, permettent d'avoir de grandes présomptions, sinon la certitude pour le diagnostic, j'insiste encore, en terminant, sur l'un des points les plus importants de cette espèce pathologique, l'espace intercalaire ou d'intermittence.

Etude sur l'anatomie pathologique des lésions corticales du sens de la vue. — M. von Monakow (de Zurich). J'ai montré dans des communications antérieures que l'extirpation des lobes occipitaux détermine même chez des animaux adultes des lésions secondaires du corps genouillé externe, du coussinet dans les corps quadrijumeaux antérieurs et la bandelette optique. Ces lésions consistent en faisceaux dégénérés qui pénètrent dans les centres optiques primitifs et déterminent une dégénérescence nécrobiotique des cellules ganglionnaires de ces centres.

J'ai vu dans six cas des foyers persistants des lobes occipitaux déterminer chez l'homme des lésions identiques.

L'un de ces cas est celui d'un homme de soixante-huit ans qui, sept ans avant sa mort, fut atteint d'une attaque apoplectique à la suite de laquelle survint une hémianopsie complète homonyme à gauche. Ce trouble de la vue persista définitivement. L'autopsie démontra un foyer de ramollissement gros comme une noisette dans la substance blanche du cunéus à droite (perdunculi cunei), à la face interne du lobe occipital, un affaissement du cunéus, du lobule lingual et partiellement de la circonvolution de l'hippocampe. La substance blanche était en partie détruite autour de ces foyers. Les faisceaux de Gratiolet, issus de ces foyers étaient entièrement dégénérés. La substance blanche latérale et terminale du corps genouillé externe droit et du pulvinar est sclérosée. On trouva une sclérose secondaire totale du corps genouillé droit externe, le pulvinar et les corps quadrijumeaux antérieurs étaient atteints à un moindre degré.

La bandelette optique était notablement dégénérée. Voilà donc un exemple d'hémianopsie complète, consécutive à une dégénérescence isolée et presque totale des centres optiques supérieurs et de la bandelette optique.

10e SECTION : OPHTALMOLOGIE.

Traitement de la capsule pendant et après l'extraction de la cataracte. — M. Knapp (de New-York). L'opérateur doit tâcher de procurer au malade, par l'extraction de la cataracte, la plus grande acuité visuelle possible. C'est la cataracte secondaire qui détruit souvent les bons résultats primitifs. C'est pourquoi l'extraction dans la capsule est la méthode la plus parfaite ; mais elle n'est pratiquable que dans des cas exceptionnels. M. Knapp passe alors en revue les différentes méthodes de la capsulotomie. Il pratique toujours une incision périphérique de la cristalloïde antérieure (au-dessous de l'iris) à l'aide du kystitome ; il laisse indemne la capsule dans toute la région pupillaire. Mais la formation d'une cataracte secondaire est presque inévitable dans ce procédé. C'est pourquoi il ajoute, dans la majorité des cas, une opération secondaire et cela souvent déjà au bout de 2 à 3 semaines après l'extraction. Il pratique la discission en forme de croix à l'aide de son petit couteau capsulaire. Les malades gagnent plus par cette opération secondaire

que par la primitive. L'acuité visuelle, égale à 1/4 en moyenne après l'extraction, monte à 2/3 en moyenne après cette discission et se maintient comme cela, tandis que, en général, la vision diminue peu à peu sans l'opération secondaire.

Pansement apres l'opération de la cataracte. — M. Chisolm (de Baltimore). Les pansements ordinaires les mieux faits peuvent cependant, soit au moment de leur application, soit plus tard par le fait de mouvements involontaires du malade, presser sur l'œil opéré et tendre à faire s'ouvrir cet œil opéré. Aussi l'application de ces pansements va justement à l'encontre du but proposé qui est le maintien exact des bords de la plaie en contact. Le meilleur moyen de contention du globe oculaire est l'occlusion des paupières. Sous les paupières fermées, l'œil peut se mouvoir et rouler sur lui-même, mais il ne peut entrebailler les lèvres de la plaie, n'étant soumis à aucune pression. En somme, le but du pansement de la cataracte est de réaliser purement et simplement cette occlusion des paupières. J'y suis arrivé de la manière suivante en agglutinant les paupières au moyen d'une bande de taffetas adhésif. Cette bande est assez large pour couvrir tout le bord palpébral en laissant libre le canthus interne pour l'écoulement des larmes ; elle est assez longue pour recouvrir la peau de la paupière jusqu'aux rebords orbitaires supérieur et inférieur.

Chez mes malades opérés de la cataracte, je ne panse de la sorte qu'un seul œil et je ne les enferme jamais dans une chambre noire ; je les laisse à la lumière du jour, mais non cependant sous le soleil.

Strabisme névropathique. — M. Valude (de Paris). Le strabisme vrai, dit concomitant, n'est pas dû à la seule amétrophie et la règle posée par Donders ne saurait s'appliquer à tous les cas, peut-être même pas au plus grand nombre ; la névropathie constitue un facteur important, quelquefois prépondérant, dans la production de la déviation.

Il est bien des strabismes amétropiques simples où l'amétropie est seule en cause. Il est aussi des strabismes névropatiques purs, où les malades sont amétropes et chez lesquels la névropathie est l'unique origine de la déviation oculaire. Mais il est encore une classe de strabiques, et la plus nombreuse, dans laquelle l'influence de l'amétropie et celle de la névropathie se combinent.

Chacun de ces états particuliers doit être reconnu, car ils comportent un traitement spécial pour chacun d'eux.

Le strabisme amétropique pur est, on le sait, justiciable de l'opération et de la correction optique ; la correction optique seule peut aussi le faire disparaître s'il est alternant et surtout intermittent.

Mais quand à l'amétropie se joint la névropathie comme cause du strabisme, il faut ajouter au traitement opératoire ou optique, souvent aux deux réunis, une médication générale appropriée.

Dans certains cas de strabisme névropathique pur, le traitement spécial de la névropathie pourra suffire.

Lors de récidives survenues quelque temps après une correction opératoire et optique heureusement obtenue d'abord, nous avons toujours relevé l'influence d'un état général nerveux. Il importe donc de ne pas méconnaître l'existence de la névropathie qui peut changer d'une telle façon le pronostic de l'opération. Il est connu en effet que, chez l'adulte surtout, l'action des états nerveux, névropathiques, même les plus simples, est difficile à combattre efficacement.

La névropathie, telle que nous l'entendons ici, n'est pas nécessairement cet état avancé de dégénération nerveuse qu'offrent les épileptiques, les hystériques, les dégénérés nerveux proprement dits. Le nervosisme souvent banal des parents, lequel se transmet aux enfants et peut se manifester chez eux sous forme de convulsions passagères, d'accidents nerveux minimes et même souvent oubliés, tellement peu importants ils ont semblé, est parfaitement capable d'engendrer cet état névropathique susceptible de conduire au strabisme.

La névropathie ainsi constituée, ou même exagérée, ainsi qu'on le voit, chez les hystériques vrais, provoque d'autant plus facilement la formation du strabisme qu'il existe en même temps de l'amétropie.

Dans ces cas, qui sont les plus fréquents, l'amétropie est la cause *prédisposante* et la névropathie la cause *occasionnelle* du strabisme.

Sur le trachome. — M. Rœhlmann (de Dorpat), *rapporteur*. La discussion reste toujours pendante à propos de la dualité de deux conjonctivites à forme granuleuse : la conjonctivite dite folliculaire, et le trachome proprement dit. Je suis arrivé à la conviction qu'il s'agit là de deux entités morbides distinctes. Dans le trachome, en effet, on trouve une formation néoplasique spéciale, toujours la même, tandis que les altérations de la conjonctivite folliculaire revêtent les caractères ordinaires de l'inflammation. La clinique donne souvent lieu à des combinaisons nosologiques qui prêtent davantage à la confusion ; toutefois, d'une manière générale, la distinction est possible, tant au point de vue de l'étiologie que de la marche de l'affection.

Un point essentiel, c'est que le virus trachomateux est directement transmissible et que la contagion de cette maladie se trouve absolument soustraite aux influences atmosphériques.

M. Schmidt-Rimpler (de Gœttingue) *corapporteur*. — Je suis convaincu de ce fait que la conjonctivite granuleuse diffère de la conjonctivite folliculaire simple.

Bien que ces deux affections soient semblables au point de vue histologique dans une certaine phase de leur évolution, le trachome offre encore à ce point de vue des différences anatomiques très importantes avec la conjonctivite folliculaire.

Il en est de même pour l'étiologie. En effet, le trachome est de nature infectieuse, bien que le virus n'en soit pas encore découvert. Le diplococcus trachomatosus de Michel ne peut pas être regardé comme le bacille spécifique du trachome.

Pour l'inoculation du trachome, il se fait un transport direct de la sécrétion granuleuse, mais il doit exister une certaine prédisposition. Cette prédisposition est fournie probablement par une qualité particulière de la muqueuse qui reçoit l'inoculation ; cependant il est très peu de muqueuses qui résistent. Il est très probable que les conditions climatériques ont une influence sur la prédisposition et la propagation de cette maladie.

En terminant, je voudrais appeler l'attention des pouvoirs publics des divers Etats sur cette question de l'ophtalmie granuleuse, qui constitue un danger des plus sérieux pour la vue de la partie active de la population.

M. Liebrecht (de Gand). — Depuis un quart de siècle, je me suis adonné en Belgique, dans un pays de granuleux, au traitement du trachome, et j'ai reconnu que presque tous les moyens pouvaient réussir si l'on savait choisir les cas qui leur sont favorables.

L'acétate de plomb, quand il bien appliqué, en badigeonnages suivis d'un lavage pour enlever l'excès du sel, ou encore le tannin, suivant la méthode de Hairion, donnent de bons résultats dans les cas récents; mais les plus grands succès, je les ai obtenus avec le nitrate d'argent ou le chlorure de zinc, tous deux à la dose de 1 0/0.

Ces deux médicaments demandent à être maniés avec soin, et j'ai l'habitude de pratiquer des attouchements avec ces solutions trois ou quatre fois par jour, sans faire suivre cette manœuvre de neutralisation. J'ai, de cette manière, obtenu le plus de succès.

M. Sulzer (de Wintherthur). — Je ne puis laisser passer sans protester l'assertion de M. Rœhlmann, que la contagion du trachome est soustraite aux influences atmosphériques. Si le fait est vrai pour les pays tempérés, il ne l'est pas pour les régions tropicales, où le trachome sévit avec le plus d'intensité. J'ai vu, dans ces pays, des épidémies de trachomes coïncider avec des vents soulevant des nuages de poussière. Pour ne citer qu'un exemple il est, à Java, où j'ai exercé, une époque de l'année, où les habitants travaillent dans les rizières et, à ce moment, le trachome reste stationnaire ; vienne la saison sèche où les habitants de ce pays abandonnent le travail pour aller sur les chemins au milieu du vent et de la poussière et l'on voit, de la manière la plus nette, le trachome se propager avec une notable intensité.

M. Wicherkiewicz (de Posen). — Je ne suis pas très convaincu de la différence qu'on tend à établir entre la la conjonctivite folliculaire et le trachome. Cette différence est peut-être facile à saisir dans les pays où le trachome est rare, mais dans ceux où il revêt, comme chez nous, des formes souvent graves, il n'est pas facile de l'établir.

Influence de la race sur l'étiologie du trachome. — M. Swon-Burnett (de Washington). — Sur près de six mille nègres qui sont venus me consulter aux Etats-Unis pour des affections oculaires, j'ai rencontré un seul cas de véritable trachome. J'ai déjà noté cette véritable immunité de la race nègre pour le trachome dès 1876. Dans les autres races, je considère que l'envahissement du trachome tient, en grande partie, à l'état général de l individu.

Distribution géographique du trachome. — M. Chibret (de Clermont-Ferrand). Pour connaître les conditions géographiques du développement du trachome, et principalement pour suivre celui-ci chez les individus de race celte dont les groupements sont disséminés en beaucoup de points divers de l'Europe, j'ai fait appel aux médecins de tous les pays : de France, de Belgique, de Bavières. de Wurtemberg, de l'Asie mineure, de la Savoie, du Piémont, des Balkans, de toutes les régions montagneuses, en un mot, où se trouvent réunis des représentants de la race celte, me sont venus des renseignements concordants. Moi-même, j'ai étudié la question très à fond sur les populations du plateau central de la France, en Auvergne.

J'ai reconnu que le trachome était fort rare chez ces habitants de race celte, et que, quand il existait, il s'éteignait sur place. Dans des familles de paysans auvergnats, qui vivent dans une malpropreté native et couchent en des étables au milieu d'une atmosphère ammoniacale, bien faite, cependant, pour favoriser l'éclosion du trachome, cette maladie est rare.

En Belgique, le trachome forme le 8 ou 10 pour 100 des maladies oculaires dans les régions basses; sur les plateaux des Ardennes, il est presque inconnu.

Il en est de même dans la partie celtique de la Bavière, où le trachome autochtone n'existe pour ainsi dire pas.

La conclusion que je veux tirer de cette étude est celle-ci, que le virus trachomateux trouve dans le Celte un mauvais terrain de développement et, qu'après s'être implanté sur un Celte, il devient impuissant à se propager.

Enfin, je serais heureux que cette étude fût le point de départ de la fondation d'une Société de géographie ophtalmologique internationale destinée à l'étude de la répartition géographique des différentes maladies des yeux, comme le glaucome, par exemple, qui, avec le trachome, est probablement soumis à l'influence des races.

M. Sattler (de Prague). — L'étude de l'influence des races et très intéressante et je suis frappé de l'immunité des nègres pour cette maladie du trachome. Toutefois, pour les populations européennes, je crois que le climat et l'habitude ont une influence qui me paraît mieux établie que celle de la race. C'est ce qui résulte de recherches très approfondies auxquelles je me suis livré sur les populations des régions élevées et basses de la Bohême.

M. Knapp. — Le trachome se voit exceptionnellement à New-York, ce qui confirme la thèse de Chibret.

M Hirschberg (de Berlin) propose de donner suite à l'idée de Chibret et d'élire un comité international composé de membres pris dans différents pays et qui aura pour mission de dresser un questionnaire, de colliger les réponses et d'en rendre compte au prochain Congrès international.

(La proposition est adoptée et la nomination de ce comité est renvoyée à une prochaine réunion.)

Sur l'ophtalmie sympathique. — M. Brailey (de Londres), *rapporteur*. Au point de vue de la clinique, l'ophtalmie sympathique est une inflammation et son siège est essentiellement le tractus uvéal. Cette inflammation a été reconnue histologiquement dans les yeux atrophiques d'ancienne date, et elle peut survenir également après l'opération de la cataracte la mieux réussie. On l'a vu survenir en pareil cas, même un an après l'opération.

L'origine de l'ophtalmie sympathique est ordinairement une perforation. Toutefois, les ruptures sous conjonctivales de la sclérotique, les destructions en surface de la cornée par de la chaux ou des acides, les sarcomes du tractus uvéal même, ont pu produire la maladie sympathique par l'intermédiaire de la cyclite dont ils étaient l'origine.

L'œil sympathisé présente des phénomènes d'iritis qui revêt ordinairement la forme d'uvéite plastique; très rarement l'iritis est séreuse, moins exceptionnellement suppurative.

Anatomiquement, l'iritis plastique est caractérisée par la formation d'exsudats inflammatoires à la partie postérieure de l'iris et dans le champ pupillaire, par des adhérences du revêtement épithélial irien, quelque peu altéré ou proliféré, avec la cristalloïde.

Une semblable prolifération cellulaire s'observe au corps ciliaire, ainsi que dans le substratum musculaire de cette région. On peut retrouver les mêmes altérations dans les parties profondes de la choroïde, mais la chorio-capillaire et la couche pigmentaire rétinienne restent normales.

Il existe donc une suite ininterrompue d'altérations si-

milaires dans l'iris, le corps ciliaire et la choroïde. Les espaces interstitiels et les gaines du nerf optique présentent aussi une prolifération cellulaire qui semble émanée de la lésion irido-choroïdienne et qui peut venir, soit par les vaisseaux anastomosés avec ceux de la choroïde, soit par la gaine piale.

On sait que le premier symptôme clinique du passage de l'inflammation d'un œil à l'autre est, dans 10 0/0 des cas, la manifestation d'une papillite avec troubles du corps vitré. Postérieurement, on voit se développer des synéchies postérieures et les signes d'une kératite ponctuée.

L'iritis de l'œil sympathisé est à peu près invariablement de la forme séreuse comme l'indique la décoloration de l'iris, la présence d'une kératite ponctuée et la tendance à l'hypertonie. Plus tard, il y a passage à la forme plastique; passagèrement, il peut survenir un hypopyon.

Histologiquement l'œil sympathisé présente les lésions de la kératite ponctuée : envahissement par les cellules embryonnaires du tissu sous-conjonctival, de la région ciliaire et du système vasculaire de l'angle iridien, canal de Schlemm, etc.

Ainsi, l'œil sympathisé se trouve plus complètement envahi par l'inflammation que l'œil premièrement atteint, quoique les exsudats inflammatoires occupent à la fois les espaces interstitiels du nerf, ainsi que ceux de la rétine et le vitréum, sans parler des vaisseaux choroïdiens.

La distribution de l'ophtalmie sympathique à l'œil sympathisé se fait de la sorte par deux voies différentes vers le scond œil : d'une part, vers le tissu épiscléral, l'iris, le corps ciliaire et la choroïde; d'autre part, du côté du nerf optique, vers la papille, le nerf optique, les vaisseaux rétiniens et la partie postérieure de la choroïde.

Pour ce qui concerne le traitement, l'énucléation préventive doit être pratiquée de bonne heure; toutefois, j'ai présent à la mémoire un fait d'ophtalmie sympathique qui se manifesta cinq jours après l'énucléation; une autre fois, l'ophtalmie sympathique commença à paraître sept semaines après une énucléation exécutée pour une blessure. Enfin, dans un troisième cas, l'énucléation fut faite quarante-huit heures après la blessure et l'ophtalmie sympathique survint quatre semaines après. Mais, dans tous ces cas, l'œil était rompu et les tissus orbitaires sérieusement atteints.

L'éviscération hâtive peut prévenir l'ophtalmie sympathique, à la condition qu'elle soit complètement faite et que la choroïde se trouve saine avant d'être enlevée; je connais, du reste, deux cas dans lesquels cette opération a été impuissante à prévenir l'ophtalmie sympathique.

Je considère comme dangereuse l'introduction, dans la cavité sclératicale, après l'éviscération, d'une boule de verre ou de métal.

On a annoncé que la résection, ou même simplement la section du nerf optique, pouvait donner un résultat rapidement favorable; le fait n'a été justifié que dans peu de cas.

Il ne faut jamais exécuter l'énucléation de l'œil sympathisé, car celui-ci n'est jamais perdu sans quelque espoir; l'iridectomie peut quelquefois rendre ici de bons services quand l'œil présente des phénomènes glaucomateux.

M. Deutschmann (de Hambourg), *corapporteur*. — On appelle ophthalmie sympathique tous les changements qui, dans un œil, suivent une affection de l'autre œil.

Dans l'ophtalmie sympathique, il faut distinguer l'*inflammation sympathique* d'avec l'*excitation sympathique*.

L'inflammation sympathique est une transmission infectieuse et l'excitation sympathique appartient aux névroses réflexes. Les symptômes de cette dernière forme de la maladie sont constitués par des excitations réflexes qui suivent les nerfs ciliaires. Quand cette excitation est tombée, l'œil peut être considéré comme sauvé.

Étiologie de la lèpre. — M. Jonathan Hutchinson. La lèpre est partout la même. La découverte du bacille de la lèpre a simplifié le problème de l'étiologie de la maladie. Il est certain que ce bacille pénètre dans l'organisme, soit par contagion directe, soit par l'intermédiaire du climat.

Il est certain que ni la contagion, ni l'hérédité ne prennent une part importante à la diffusion de la lèpre. Les Anglais qui sont devenus lépreux peuvent retourner chez eux et vivre au milieu de leurs amis sans risquer de leur communiquer la maladie. D'autre part, les Anglais, qui sans soupçon possible d'hérédité vont résider dans des pays à lèpre, peuvent devenir lépreux sans s'exposer à la contagion.

Il est dès lors évident que dans presque tous les cas, c'est par les aliments que le bacille de la lèpre est introduit dans notre organisme. Le seul aliment suspect, dans toutes les régions où la lèpre est endémique est le *poisson*. L'avenir démontrera que tous les arguments opposés à cette hypthèse, sont dus à des erreurs d'observation.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Dispositions testamentaires en faveur des médecins.

L'article 909 du Code civil porte : « Les docteurs en médecine ou en chirurgie, les officiers de santé et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt, ne pourront profiter des dispositions entre-vifs ou testamentaires qu'elle aura faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie..., etc.

« Seront réputées personnes interposées, le père, la mère, les enfants et descendants, l'époux de la personne incapable. »

Cette loi, étant une loi d'exception, doit être strictement limitée à ses propres termes et ne peut recevoir d'extension. Il s'agit de savoir à quelle époque commence la dernière maladie, et l'on sait à cet égard que les tribunaux ont donné des interprétations des plus contradictoires et parfois des plus fantaisistes.

Le sens commun indiquerait que la dernière maladie commence alors que l'affaiblissement, la déchéance s'affirment sans arrêt notable, sans interruption prolongée. S'il fallait remonter à la première manifestation tuberculeuse, au premier rhumatisme qui s'est compliqué d'une affection du cœur, on pourrait souvent les faire partir de la vie intra-utérine.

Lorsque plusieurs mois ou, à plus forte raison, plusieurs années de santé apparente permettant la vie ordinaire, ont séparé deux crises ou deux manifestations

d'une maladie, il est rationnel de les considérer comme absolument distinctes.

C'est à cette jurisprudence que s'est arrêté le tribunal d'Angers dans son jugement du 20 mai dernier, et nous l'en félicitons pleinement.

Voici le résumé de l'affaire :

Mme Bourgeois, morte le 9 janvier 1890, laisse sa fortune, 400,000 francs: à Mme Bahuaud, tante du docteur Bahuaud. Le testament est daté de 28 octobre 1884. — Le docteur Bahuaud ayant soigné Mme Bourgeois jusqu'à sa mort, les héritiers prétendent : 1 Que le testament a été fait pendant la dernière maladie ; 2° que Mme Bahuaud, tante du docteur, est une personne interposée, et qu'en réalité, la libéralité est faite au docteur lui-même.

Notons tout d'abord que la loi ne considère pas une tante comme toujours interposée, et que c'est au demandeur de le démontrer.

Sans même rechercher si cette interposition était réelle, le tribunal :

« Attendu, en droit, que la dernière maladie ne commence pas avec le germe fatal qui plus tard, entraînera la mort ;

Que conformément au principe posé par la Cour de Paris dans son arrêt du 8 mars 1867, le point de départ de la maladie mortelle doit être au contraire fixé au moment où est arrivé pour le malade l'état morbide qui défie tous les efforts de la médecine et n'admet plus que les palliatifs pour la douleur et les distractions pour les préoccupations du malade, ou en d'autres termes, à la période où l'état du malade a été définitivement déclaré désespéré et où les progrès nécessaires du mal ont dû bientôt amener la mort ;

« Attendu que la dame Bourgeois a vécu plus de cinq années après la confection de son testament du 28 octobre 1884 ;

» Qu'il résulte des énonciations de son registre domestique que, en particulier pendant le second semestre de 1884, c'est-à dire pendant les mois qui ont précédé et suivi l'époque de la confection du testament, la dame Bourgeois était dans un état de santé qui lui permettait de : 1° faire en août des voyages de pur agrément, notamment sur les bords de la mer, à Pornic et à Préfailles, ainsi qu'une excursion à l'île de Noirmoutiers ; 2° diriger son intérieur et tenir compte de ses dépenses quotidiennes avec la plus minutieuse exactitude ; 3° prendre en novembre et décembre des abonnements aux concerts et au théâtre;

« Que, à la même époque, elle ne faisait que des dépenses insignifiantes de médicaments ;

« Qu'il appert de la correspondance versée aux débats et émanant tant de la testatrice que d'une amie de cette dernière ou du docteur Bahuaud, que, à partir de 1888, la tante de la dame Bourgeois semble plus sérieusement compromise ; mais que l'état révélé par cette correspondance, de même que tous les autres éléments du débat, démontrent encore manifestement que, plus de trois ans auparavant, à l'époque de la confection du testament, la dame Bourgeois n'était ni une mourante ni une malade désespérée, que la maladie de cœur et de nerfs, dont elle pouvait être alors atteinte, n'était pas en tout cas susceptible d'être considérée comme ayant, suivant la doctrine de l'ancien droit, un trait prochain à la mort, non plus comme se rattachant à la mort d'une manière immédiate et déterminante, etc.

« Déclare les héritiers mal fondés dans leur demande et repousse les conclusions subsidiaires à fin d'enquête. »

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — THÈSES DE DOCTORAT DU 1er AU 26 JUILLET 1890 (1).

Mardi 1er juillet. — Pas de thèses.

Mercredi 2. — N° 238. M. Le JOUBIEUX (Etienne) : De l'hystérie consécutive à la grippe. — N° 239. M. DUBUC (Paul) : De la scapulalgie (scapulo-tuberculose); son traitement par la résection. — N° 240. M. RODRIGUEZ (Louis) : Contribution à l'étude du sarcome de la parotide (sarcome pur). — N° 241. M. HUET (Joseph) : Du calomel comme diurétique dans les hydropisies d'origine cardiaque. — N° 242. M. HUGUENIN (P.-Ch.) : Etude anatomo-pathologique et clinique de la myocardite infectieuse diphthéritique.

Jeudi 3. — N° 243. M. DESBRIÈRES (Adrien) : Contribution à l'étude de la panophthalmie secondaire infectieuse. — N°. 244 M. HUGUES (M.-L.-A.) : Des nævi pigmentaires (taches de naissance, signes, envies), anatomie descriptive et micrsocopique, diagnostic, pathogénie) — N° 245. M. CHRISTOFINI : Pourquoi et comment on doit combattre l'alcoolisme? Etude d'hygiène publique. — N° 246. M. PETIT (H.-Ch.) : Contribution à l'étude du scorbut.

Du vendredi 4 au mardi 8, — Pas de thèses.

Mercredi 9, — N° 247. M. LAZARD (Georges) : La rubéole en 1890. — N° 248. M ROUX (Joseph) : expériences sur l'élimination des iodures et de quelques médicaments par l'urine.

Jeudi 10. — N° 249. Mlle LICHTERMANN (Sophie) : De la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse. — N° 250. Mlle DYLION (Cécile) : Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la portion antéro supérieure du foie. — N° 251. M. BALLENGRIN (A). : Fractures des os du tarse. — N° 252. M. GIGON (A.-M.-J.) : De la suture osseuse dans le traitement des fractures de l'olécrane. — N° 253. M. AMORIN (J.-L.) : De la restauration des paupières par la greffe cutanée. — N° 254. M. ENON (Louis) : Le sulfonal, son action dans l'épilepsie. — N° 255. M. MOUNIER (Fernand) : Des troubles gastriques dans la neurasthénie. — N° 256. M. BLANC-CHAMPAGNAC (Antoine) : Etude pathogénique et thérapeutique sur la dilatation de l'estomac et sur son influence dans la neurasthénie (déséquilibrés du centre). — N. 257. M. DIETZ (E.-H.) : Etude clinique et expérimentale sur la suture de la vessie après la taille hypogastrique. — N° 258. M. HERVÉ : Rupture des tendons sus et sous-rotuliens. Traitement par la suture.

(1) Les thèses dont les titres sont précédés d'une astérisque *) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Du vendredi 11 au mardi 15. — Pas de thèses.

Mercredi 16. — N° 259. M. Mouton (A.) : De la suture des nerfs et en particulier de la suture secondaire. — N° 260. M. Claa (Fernand) : Comparaison entre le curage et la cautérisation dans l'endométrite du corps. — N° 261. M. Georgiades (Savas) : Considérations sur les fistules uréthro-péniennes et particulièrement sur celles qui succèdent à la blennorrhagie. — N° 262 (*). M. Vimont (Maurice) : Contribution à l'étude des oblitérations de la veine cave inférieure — N° 263. M. Leriche (William) : Etude sur la paraysie glossolabiée cérébrale à forme pseudo-bulbaire. — N° 264. (*) M. Grandhomme (Albert) : Contribution à l'étude des suppurations des cellules mastoïdiennes, symptômes, diagnostic, traitement. — N° 265. M. Austin (C.-K.). : Sur le diagnostic précoce des néoplasmes de la vessie et du rein au moyen du cytoscope. — N° 266. Mlle Warchawskaia (Estelle) : De l'urémie et de l'état du cœur dans la néphrite compliquant le cancer de l'utérus. — 267. M. Collas (Maurice) : De l'occlusion intestinale consécutive aux opérations de laparotomie. — N° 268. M. Balard d'Herlinville (L.) : Contribution à l'étude de la luxation des tendons des muscles péroniers latéraux, traitement par le procédé de M. Lannelongue.

Jeudi 17. — N° 269. M. Pellisson (Louis) Des procidences méconnues du cordon ombilical. — N° 270. M. Wavelet (J.) : De la valeur de la compression et des moyens de l'appliquer dans le traitement des épanchements articulaires. — N° 271. M. Stanciulescu (Georges) : De la luxation du radius compliquant les fractures du tiers supérieur du cubitus. — N° 272. M. Brossard (Jacques) : Etude sur le traitement des ruptures de l'utérus se produisant pendant le travail de l'accouchement. — N° 273. M. Séguier (Joseph) : Recherches cliniques sur l'aristol. — N° 274. M. Olympitis (N.-Th.) : Tuberculose de la muqueuse nasale, formes primitives et secondaires. — N° 275. M. Lefèvre (Emile) : Contribution à l'étude de la maladie d'Addison. — N° 276. Mme Walker-Bruère (Elisabeth) : De l'albuminurie puerpérale. — N° 277. M. Corbin (Jules-Etienne) : Influence de la fièvre typhoïde de la mère sur le fœtus. — N° 278, M. Henne (Henri) : Les principales théories sur la pathogénie et le traitement de la diphthérie. — N° 276. M. Charmoy (Alexandre) : Etude sur la gangrène disséminée de la peau chez les enfants. — N° 280. M. Lécaille (Auguste) : Considérations sur le traitement de l'anthrax. — N° 281. M. Haran (Antoine) : Contribution à l'étude de l'arthrectomie dans les anthrites tuberculeuses du genou. — N° 282. M. Pinçonnet (Armand) : De l'extirpation du larynx.

Vendredi 18. — Pas de thèses.

Samedi 19. — N° 283. M. Pouzin (Benjamin) : De l'angine herpétique et du zona bucco-pharyngien. — N° 284. M. Geeraert : Aggravation et généralisation de la tuberculose après opération; traitement pre-opératoire, opératoire, post-opératoire. — N° 285. M. Fournieux (Pierre-Charles) : Etude sur l'aristol.

Lundi 21 juillet. — N° 286. M. Lecureuil (Albert) : Etude clinique de l'adénophatie péri-trachéale syphilitique et de la syphilis tertiaire de la trachée. — N° 287. M. Lacombe (Gustave) : Contribution à l'étude clinique des localisations angio-cardiaques de la fièvre typhoïde. — N° 288. M. Santoni (Vincent) : Contribution à l'étude des kystes du vagin principalement au point de vue historique et anatomique. — N° 289. M. Lobstein (Charles) : Contribution à l'étude des amputations spontanées dans les traumatismes. — N° 290. M. Tavenard (Adolphe) : Sur un cas d'anévrysme artérioso-veineux de l'aisselle. — N° 291. M. Thibault (Hyacinthe) : Sur la salpingite blennorrhagique. — N° 292. Mlle Paule Bert : Contribution à l'étude clinique de l'asthme essentiel chez les enfants. — N° 293. M. Bonnières (Louis) : Contribution à l'étude des manifestations osseuses et articulaires de la fièvre typhoïde. — N° 294. M. Monnier (Jules) : Sur le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire accompagné d'autres vices de développement. — N° 295. M. Saint-Aubin (Louis) : Des fugues inconscientes hystériques et diagnostic différentiel avec l'automatisme de l'épilepsie. — N° 296 (*). M. Clerval (Alfred) : Du sulfonal (Revue générale et observations cliniques). — N° 297 M. Pigache (Eugène) : Contribution à l'étude de l'hydrastis canadensis dans le traitement des affections utérines. — N° 298 (*). M. Vignalou (A.). Etude sur la pleurésie à streptocoques.

Mardi 22. — N° 299. M. Dejardin (Paul) : Quelques considérations sur le traitement local de l'endométrite chronique. — N° 300. M. Carrère (J.-Ch.-G.) : Etude sur le traitement de la teigne tondante. Résultats obtenus à l'école des teigneux de l'hôpital Saint-Louis. — N° 301. M. Vergues (Justin) : La dernière épidémie de grippe à l'hôpital maritime de Brest. — N° 302. M. Fourrier (Alfred) : Du traitement et des indications opératoires dans les affections dentaires pendant la grossesse. — N° 303. M. Piole (Martial) : Contribution à l'étude du cancer rétro-péritonéal. — N° 304. M. Guyénot-Outhier : Contribution à l'étude des propriétés thérapeutiques et toxiques de condurango et de la condurangine. — N° 305. M. Barbier (Antoine) : Du rétinol et de son emploi en thérapeutique. — N° 306. M. Merchandier (Paul) : Contribution à l'étude de l'empyème métapneumonique ou pleurésie purulente pneumococcique à vaste épanchement. — N° 307. M. Douarre (G.-Cl.-Ach.) : Contribution à l'étude de la cirrhose alcoolique hypertrophique. — N° 308. M. Sans (Pierre) : Sur une forme particulière de conjonctivite infectieuse semblant se rattacher à un contage animal. — N° 309. M. Bidault (Alfred) : Etude sur les premiers essais d'anesthésie chirurgicale. — N° 310. Mme Frenkel née Zessarsky : Contribution à l'étude de la médication hypnotique analgésique. Valeur thérapeutique du mono-trichloracétyl diméthylphénil pyrazolone (monochloralantipyrine ou hypnol). — N° 311. Mme Vinaver (C.) : Etude sur le curettage de l'utérus et l'opération de Schröder. — N° 312. M. Martin (Paul) : Contribution à l'étude des hygromas tuberculeux. Hygromas tuberculeux à type myxomateux. — N° 313. M. Potel : Contribution à l'étude de la grippe et de son mode de transmission. — N° 314. M. Lévêque-Lacroix (N.) : Essai sur la conjonctive granuleuse chronique. — N° 315. M. de Paula : Des troubles musculaires du strabisme concomitant. — N° 316. Mlle Mendelssohn (Félicia) : Contribution à l'étude de l'iode en obstétrique. — N° 317. M. Lauradour (Albert) : Contribution à l'étude des lésions du foie dans l'éclampsie puerpérale. — N° 318. M. Digoy (L.) : Du délire dans la chorée. — N° 319. M. Stcherbatcheff (Erasme) : Contribution à l'étude du doigt à ressort. Théorie articulaire. Variété synoviale. — N° 320. M. Gascuel (V.) : Contribution à l'étude du mal perforant. — N° 321. M. D'Hotel (H.-R.) : Etude clinique sur les troubles trophiques de la peau et de ses dépendances dans le rhumatisme articulaire chronique.

Faculté de médecine de Paris. — M. Lion, docteur en médecine, est nommé chef des travaux d'anatomie patho-

logique du laboratoire de clinique médicale (hôpital de Necker).

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 29 août 1890, M. de Beurmann, médecin des hôpitaux de Paris, a été nommé chevalier.

Ecole de médecine d'Alger. — Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger s'ouvrira le 5 mars 1891 devant la Faculté de médecine de Montpellier. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Conseil général de l'Ain. — Un incident s'est produit au conseil général de l'Ain. Sur la proposition de M. Dupuy, conseiller général d'Oyonnax, et malgré l'opposition de M. Girerd, secrétaire général remplaçant le préfet, qui a revendiqué, en s'appuyant sur la loi de 1838, le droit exclusif pour l'autorité administrative de surveiller les asiles d'aliénés, le conseil a élu une commission de cinq membres, pris dans son sein et ayant pour mission de se rendre compte des soins donnés aux malades par la congrégation de Saint-Joseph dans les établissements de Saint-Georges et de la Madeleine.

L'Association des médecins de l'Ain. — Le tribunal de Belley, conformément à la requête des docteurs Bozonnet et Mocquin, a prononcé leur réintégration dans la Société qui les avait expulsés, aux griefs et dépens de ladite.

L'Association des médecins de l'Ain vient de subir un nouvel échec devant le tribunal de Bourg, qui vient de statuer sur l'instance intentée par M. le Dr Parant contre l'Association médicale de l'Ain, qui avait prononcé son exclusion.

Le jugement, tout en évitant de se prononcer sur le motif qui a fait exclure M. Parant, déclare que l'Association a violé ses statuts par cette exclusion et la condamne à réintégrer le demandeur dans les huit jours qui suivront la notification du jugement.

Ces décisions ne font que confirmer l'opinion émise par nous, à l'époque où se passèrent les faits soumis à l'appréciation des tribunaux.

Nouveau journal. — Notre confrère, le Dr G. Gautier, publie depuis le 1er août, un journal mensuel intitulé *Revue internationale d'électrothérapie*. Nos meilleurs souhaits à ce nouveau confrère.

Nécrologie. — Le Dr Sadrain, de Lozc (Allier). — Le Dr Neugebauer, professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Varsovie. — Le Dr Caisso (J.-B.) de Montpellier, reçu en 1853. — Le Dr Garimond, agrégé de chirurgie et d'accouchements à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le professeur Gavarret est mort presque subitement dimanche dernier, à l'âge de 81 ans. Il se trouvait en villégiature au château de Valmont chez le professeur Lannelongue.

Né à Astaffort (Gers) en 1809, Gavarret entra à l'Ecole polytechnique en 1829; il en sortit avec le grade de sous-lieutenant d'artillerie, et entra à l'Ecole d'application du génie et de l'artillerie de Metz; mais bientôt il quitta l'armée pour se livrer à l'étude de la médecine sans abandonner pour cela l'étude des sciences exactes.

Il fut en effet le principal créateur de la physique et de la chimie médicales, en cherchant constamment les applications des sciences exactes aux phénomènes biologiques.

Dès 1840 il publiait, en collaboration avec Andral, le célèbre mémoire *Sur le sang et l'organisation physique de l'homme*. En 1841 il fit paraître *Les principes généraux de statistique médicale, ou développement des règles qui doivent présider à son emploi*. Plus tard il publia les *Lois du développement de l'électricité dynamique*; ses *Recherches sur la température du corps dans les fièvres intermittentes*; un *traité de l'électricité*; un *traité d'optique*, des mémoires sur *La chaleur développée par les vivants*, sur *Les images par réflexion et par réfraction*; un *Traité d'acoustique biologique*; une *Etude des phénomènes physiques de la phonation et de l'audition*.

Lorsque, en 1843, Pierre Pelletan, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris abandonna sa chaire, un concours s'ouvrit et Gavarret, alors âgé de 34 ans, fut nommé professeur à la suite d'épreuves très remarquables. Il n'eut cependant que 6 voix contre 6 données à son concurrent Maissiat et fut élu parce que le président du jury déclara avoir voté pour lui.

En 1878, Gavarret était nommé membre de l'Académie de médecine dans la section de physique et de chimie médicales; la même compagnie l'élisait président pour 1882. Il était en outre commandant de la Légion d'honneur, inspecteur général honoraire des facultés et écoles de médecine, membre du conseil supérieur de l'instruction publique, ancien président de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle et de la Société d'anthropologie, membre du comité consultatif d'hygiène publique, directeur de l'école d'anthropologie. Avec Gavarret disparaît le dernier des professeurs de la Faculté de médecine qui aient conquis leur chaire au concours.

Bulletin de la mortalité *du 24 au 30 août* 1890. — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 0. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 4 — Diphtérie, Croup, 21. — Phthisie-pulmonaire, 156. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs cancéreuses 39. et autres, 7.

Méningite, 22. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 30. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 54.

Bronchite aiguë 10, chronique, 15. — Broncho-pneumonie 14 pneumonie, 15.

Gastro-entérite : Sein, 25 biberon 114.

Diarrhée au-dessus de 5 ans. 4.

Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 3.

Débilité congénitale, 12. — Sénilité, 26. — Suicides 13. autres morts violentes, 14. — Autres causes de mort, 139. — Causes inconnues, 5.

Nombre absolu de la semaine : 806. — Résultat de la semaine précédente : 881.

PILULES ferrugineuses VIGIER. Malate de fer et quassia, 1 au repas.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

LIQUEUR DE LAPRADE à l'albuminate de fer, le plus assimilable des ferrugineux, spécifique des troubles de la menstruation, etc

ANÉMIE **LA BOURBOULE** Enfants débiles, Voies respiratoires MALADIES DE LA PEAU. RHUMATISMES DIABÈTE

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Malame.